AD–01 Baleset- és egészségbiztosítás feltételei

AD–01

Érvényes: 2015. február 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

I. BEVEZETŐ RENDELKEZÉSEK

Jelen szabályzat azokat a feltételeket tartalmazza, amelyek az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) AD–01 Baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a jelen feltételekre hivatkozva kötötték.

Jelen Baleset- és egészségbiztosítási feltételek (továbbiakban: feltételek) szerint kötött biztosítás a szerződő választása szerint az alábbi kockázatokra fedezetet nyújtó biztosításokat tartalmazhatja.

Alapbiztosítás

- Baleseti halálra szóló

Kiegészítő balesetbiztosítások

- Baleseti rokkantságra szóló
- Baleseti eredetű kórházi napi térítést nyújtó
- Baleseti eredetű műtéti térítést nyújtó
- Baleseti eredetű égési sérülés esetén térítést nyújtó
- Baleseti eredetű csonttörés esetén térítést nyújtó

Kiegészítő egészségbiztosítások

- Műtéti térítést nyújtó
- Kórházi napi térítést nyújtó
- Kritikus betegségekre szóló

Kiegészítő biztosítás gyermekekre

- Élet-, baleset- és egészségbiztosítási kockázatokat tartalmazó biztosítási csomag

A baleseti halálra szóló alapbiztosítás az AD–01 Baleset- és egészségbiztosítás kötelező eleme. A fentiekben felsorolt kiegészítő biztosítások csak az AD–01 Baleset- és egészségbiztosítás alapbiztosítása mellé köthetők.

A kiegészítő biztosítások az alapbiztosítással egyidejűleg, illetve a tartam során is felvehetők; a már megkötött biztosítások biztosítási összegét a szerződő az aktuális kockázatelbírálási szabályok szerint módosíthatja.

Minden olyan kiegészítő biztosításra jelen feltételek szabályai alkalmazandók, ahol erre hivatkozással köt a biztosító szerződést.

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1.1. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Polgári Törvénykönyv és a magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók. A felek közötti jogvitára a magyar bíróságok rendelkeznek joghatósággal.

1.2. A szerződés nyelve magyar. A szerződő kérésére a biztosító vállalhatja, írásbeli vállalása esetén pedig köteles idegen nyelven elkészíteni és átadni a szükséges okiratokat, de az iratok magyar nyelvű szövege tekintendő hitelesnek.

1.3. A biztosítási szerződéshez kapcsolódó minden biztosítási díj, költség, illetve kockázati díj, szolgáltatási összeg (illetve további összegszerűen meghatározott mennyiség) főszabály szerint forintban, illetve a mindenkori magyar hivatalos fizetőeszközben értendő és teljesítendő.

1.4. A felek, így a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, valamint a biztosító képviselője a következő módon teheti meg a szerződés módosításával kapcsolatos, illetve a feltételekben meghatározott egyéb nyilatkozatait a biztosító felé: személyesen írásban megerősítve, postai levélben, faxon, Online Ügyfélszolgálaton, kivételes előre meghatározott esetekben telefonon. Ezeken túl minden olyan formában, amelynél lehetőség van a biztonságos beazonosításra, a tartalom változatlan visszaidézésére, a nyilatkozattevő személyének és a nyilatkozattétel időpontjának azonosítására, kivéve, ha a szerződéses megállapodás valamely nyilatkozatra különös formát ír elő. A biztosító a honlapján keresztül, valamint az éves értesítőiben tájékoztatja a szerződőt azon nyilatkozattételi csatornákról, amelyek a technika mindenkori állása szerint biztonságosak, és amelyeket a felek jogosultak igénybe venni.

1.5. A jelen feltételekben szereplő, a biztosítót terhelő írásbeli közlések esetében írásbelinek minősül a fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott, elektronikus úton küldött irat is, valamint minden olyan módszer, amelyet magyar jogszabály aktuálisan írásbelinek minősít.

2. ÁLTALÁNOS FOGALMAK

2.1. Biztosítási ajánlat

A biztosítási szerződést megalapozó, minden lényeges adatot tartalmazó, a törvényes előírások szerinti, a biztosító érvényes ajánlati nyomtatványán tett és a mindenkori díjszabásának megfelelő írásbeli vagy vele egyenértékű dokumentum, amellyel a szerződő a biztosítás megkötését kezdeményezi.

Biztosítási szerződés kivételesen létrejöhet a biztosító saját maga által rendszeresített és cégszerűen aláírt ajánlata alapján is, ha azt a megkeresett, továbbiakban szerződőnek tekinthető személy részére a biztosító a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatással együtt, a díjszabásnak megfelelően teszi meg és arra a szerződő az ajánlaton megadott határidőn belül írásban elfogadó választ ad.

2.2. Biztosítási szerződés

A szerződő ajánlata, illetve annak a biztosító általi elfogadása alapján létrejövő megállapodás, amelynek alapján a biztosító a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező, meghatározott jövőbeli esemény (biztosítási esemény) bekövetkezése esetén szolgáltatási összeg megfizetésére vagy más szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát, a szerződő pedig díj fizetésére köteles.

2.3. Alapbiztosítás

Olyan biztosítás, amely más biztosítások megkötése nélkül, önállóan is köthető.

2.4. Kiegészítő biztosítás

Önállóan nem, csak az alapbiztosítás mellé köthető biztosítás. A kiegészítő biztosítások a kiegészítő biztosítások különös feltételeiben meghatározott szolgáltatásokra nyújtanak fedezetet.

Alapbiztosításokhoz a feltételek mindenkori rendelkezései szerint meghatározott kiegészítő biztosítások köthetők.

2.5. Biztosítási esemény

Az alap- és kiegészítő biztosítások feltételeiben megnevezett események bekövetkezése.

2.6. Biztosítási díj

A biztosító kockázatban állásának és szolgáltatásainak, a biztosító mindenkori díjszabása alapján megállapított ellenértéke, melyet a szerződő köteles a biztosítónak megfizetni. A biztosítási díj tartalmazza az alapbiztosítás, valamint az esetleges kiegészítő biztosítások díját is.

2.7. Technikai kezdet

A biztosítási ajánlattételt követő hónap 1-je, amely egyben az első biztosítási év kezdete.

2.8. Biztosítási időszak, biztosítási év, évforduló

A biztosítási év a biztosítás tartamán belül 12 egymást követő hónap, a biztosítási év vége a 12. hónap utolsó napja.
A biztosítási év első hónapjának első napja a biztosítási évforduló. Egy biztosítási év egy biztosítási időszaknak tekintendő, kivéve a rövidebb tartamú szerződéseket.

2.9. Belépési életkor, aktuális életkor

A szerződéskötéskor a biztosított életkorát a biztosító úgy határozza meg, hogy a technikai kezdet dátumának évszámából kivonja a biztosított születésének évszámát. A biztosítás tartama során a biztosított mindenkori aktuális életkorát úgy kell meghatározni, hogy a biztosított belépési korához hozzáadódik az eltelt teljes biztosítási évek száma.

2.10. Díjesedékesség időpontja

A választott díjfizetési gyakoriság által meghatározott díjfizetési időszak (hó, negyedév, félév, év) első napjának 0. órája.

2.11. Rendszeres biztosítási díj

A díjfizetési időszakra esedékes, a szerződésben megállapított éves díj azon részlete, mely a szerződő által választott gyakorisággal fizetendő. A biztosítás első díjrészlete a szerződés létrejöttekor – vagy ettől eltérő megállapodás esetén a felek által meghatározott időpontban – esedékes, míg a folytatólagos díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Bármely díjrészlet elmaradása esetén a teljes biztosítási évre járó díj követelhető, amennyiben az adott biztosítási évben a szerződő a díjfizetést már megkezdte.

3. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

3.1. Biztosító

Az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási díj megfizetése ellenében a jelen feltételek szerint a biztosítási kockázatot viseli, és a feltételekben meghatározott szolgáltatást teljesíti.

3.2. Szerződő: az a természetes személy vagy gazdálkodó szervezet, aki

- a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt,
- valamely személyhez fűződő jogviszonya alapján a szerződést az érdekelt személy javára köti meg,
- a szerződés megkötésére az írásbeli ajánlatot megtette vagy a biztosító ajánlatát elfogadta, és a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási díjat fizeti,
- a biztosító jognyilatkozatainak címzettje,
- a biztosítóhoz intézendő jognyilatkozatok megtételére köteles és jogosult mindaddig, amíg a biztosított a szerződő helyébe nem lép.

3.3. Biztosított: az a természetes személy, akinek az életével vagy más, az életében bekövetkező ténnyel, testi épségével, egészségével stb. kapcsolatos, a szerződésben meghatározott biztosítási eseményre (eseményekre) az alapbiztosítási szerződés és annak kiegészítő biztosítási szerződése(i) létrejön(nek), és akit a biztosítási ajánlaton és ennek alapján a szerződésben biztosítottként megjelölnek.

A jelen feltételek alapján kötött szerződés egy felnőtt személyre és gyermek biztosított(ak)ra köthető.

A biztosítás felnőtt biztosítottja lehet a szerződés megkötésekor legalább 18 és legfeljebb 60 éves természetes személy, akit a biztosító biztosítottként elfogad.

A szerződés gyermekbiztosítottja lehet a szerződés megkötésekor legfeljebb 17 éves azon kiskorú személy,

- aki a szerződővel közös háztartásban együttélő közeli hozzátartozója, vagy
- akinek a szerződő törvényes képviseletet gyakorló szülője, és
- akit az ajánlaton név szerint feltüntettek, és
- akit a biztosító biztosítottként elfogad.

3.3.1. Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a szerződésbe szerződőként bármikor beléphet. Amennyiben ez megtörténik, úgy

- a szerződő személyében bekövetkezett változásról a biztosítottnak a biztosítót és a szerződőt írásbeli nyilatkozattal értesítenie kell. Az értesítésig a biztosító az általa ismert szerződővel kommunikálhat, így a biztosított belépési szándékáról szóló tájékoztatást is megküldi, jelezve azt is, hogy a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges,
- a belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át,
- a szerződésbe belépő biztosított köteles megtéríteni a korábbi szerződőnek a szerződésre fordított költségeit, ideértve a biztosítási díjakat is,
- a folyó biztosítási időszakban a szerződő és a biztosított az esedékes díjak befizetéséért egyetemlegesen felelős,
- a szerződőváltás feltétele a korábbi kötvény biztosítóhoz történő visszaküldése.

3.3.2. Ha a szerződő és a biztosított személye eltér, úgy

- a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges,
- a szerződő kötelezettsége a biztosítottat tájékoztatni a szerződés tartalmáról, illetve a szerződést érintő valamennyi változásról,

- a biztosított hozzájárulása nélkül kötött vagy módosított biztosítási szerződésnek a kedvezményezett jelölését tartalmazó része nem érvényes. Ekkor kedvezményezettnek a biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki az ily módon neki járó biztosítási összegből a szerződőnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket,
- a biztosított kérheti a szerződés megszüntetését, és ebben az esetben a biztosítás a biztosítási időszak végén további maradékjogok nélkül megszűnik.

3.3.3. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviseletet gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

3.3.4. A biztosító a szerződőváltást a jogszabálynak megfelelő írásbeli bejelentést követő hónap első napjának 0. órájától, de legkorábban a szerződő értesítését követő 15 napon túl veszi figyelembe. A hónap 15. napjáig beérkezett igény esetén a következő hónap 1-jétől, 15-ét követő beérkezés esetén egy teljes hónap elteltét követő hónap 1-jétől érvényes a szerződőváltás.

3.3.5. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe lép.

3.4. Kedvezményezett(ek): a biztosítási szolgáltatásra jogosult(ak).

Kedvezményezett lehet:

- az alap- és kiegészítő biztosítások szolgáltatásaira megjelölt természetes személy(ek) és/vagy gazdálkodó szervezet(ek),
- maga a biztosított (életében járó szolgáltatások esetén),
- a biztosított halála esetén örököse, ha kedvezményezettet nem jelöltek meg, vagy ha a jelölés nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában.

3.4.1. A kedvezményezett személye a biztosítóhoz intézett és beérkezett írásbeli nyilatkozattal a biztosítás tartama alatt bármikor, a szerződő által megváltoztatható.

Ha a biztosított és a szerződő személye eltér, a kedvezményezett módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Egybehangzó nyilatkozat hiányában kedvezményezett(ek)) személye nem módosul.

3.4.2. Egy biztosítási szerződésen belül

- az alap- és kiegészítő biztosítások szolgáltatásaira külön-külön kedvezményezett jelölhető,
- egyidejűleg több kedvezményezett is megjelölhető. Ebben az esetben a kedvezményezettség arányát írásban az ajánlaton vagy a későbbi bejelentéskor írásban egyértelműen rögzíteni kell egész százalékonként úgy, hogy a kedvezményezettek részesedése szolgáltatásonként összesen 100% legyen.

3.4.3. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal, vagy gazdálkodó szervezet esetében jogutód nélkül megszűnik. Ebben az esetben kedvezményezettnek – ha helyette más kedvezményezettet nem jelöltek meg – a biztosított, illetve a biztosított halála esetén a biztosított örököse(i), örökösödésük arányában tekintendő(k).

3.4.4. A szerződő és a biztosított kötelezettséget vállalhat arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja (visszavonhatatlan kedvezményezett jelölés). A kedvezményezett kijelölését ilyen esetben kizárólag a kedvezményezett hozzájárulásával lehet visszavonni. A vállalásról, illetve a jelölés módosításának elfogadásáról a biztosítót értesíteni kell.

3.5. Ügyfél: Jelen életbiztosítás keretében ügyfél a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; továbbá az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.

4. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, HATÁLYA

4.1. A szerződő a biztosítási szerződés létrejöttét írásbeli ajánlattal kezdeményezi. A biztosító jogosult az ajánlat alapján, az ajánlattétel időpontjától számított 15 napon belül – legalább egészségi nyilatkozat megtételét igénylő, **egyedi egészségügyi kockázatfelmérés szükségessége esetén 60 napon belül – a biztosítási kockázatot elbírálni.** A kockázatelbírálás eredményeként a biztosító jogosult az ajánlatot elfogadni, visszautasítani, illetve módosító javaslatot tenni.
Az ajánlattétel időpontja:

- az ajánlatnak a biztosító képviselője által történt átvétele,
- a szerződő által megbízott alkusz közvetítésével felvett biztosítási ajánlat, illetve távértékesítés esetén az ajánlat biztosítóhoz való beérkezésének időpontja.

A biztosító az ajánlat elbírálásához a szerződőnek és a biztosítottnak az ajánlati nyomtatványon feltett valamennyi kérdésre adott válaszát figyelembe veszi.

4.2. A szerződés létrejön, ha a szerződőnek – a jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában – a biztosítás tartalmára vonatkozóan, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tett ajánlatára a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül – egyedi egészségügyi kockázatfelmérés szükségessége esetén 60 napon belül – nem nyilatkozik. Az ajánlat hallgatólagos elfogadása esetén a szerződés az ajánlattétel napjára visszamenő hatállyal – az ajánlattal egyező tartalommal – a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

4.3. Ha az így létrejött biztosítási szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen szabályzattól, illetve az alap- és kiegészítő biztosítások feltételeitől**, a biztosító a szerződőnek a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül írásban javasolhatja, hogy a szerződést e feltételeknek megfelelően módosítsák.** Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, úgy az elutasítástól, illetve a módosító javaslat kézhezvételétől számított **15 napon belül a biztosító a szerződést a 30. napra írásban felmondhatja.**

4.4. Ha a biztosító az ajánlatot a fentiekben meghatározott határidőn belül elutasítja, az ezen időszak alatt bekövetkezett biztosítási eseményekért helytállni nem tartozik, feltéve, hogy az egyedi kockázatelbírálás szükségességére a szerződő figyelmét felhívta.

A biztosítási ajánlattételkor fizetett első biztosítási díjat az ajánlat elutasítása esetén a döntést követő 15 napon belül a biztosító visszafizeti.

A díj esetleges határidőn túli visszafizetése nem jelenti a biztosító kockázatvállalását.

Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni, a kockázatviselés elbírálására nyitva álló határidő alatt a szerződőt 15, illetve 60 napos ajánlati kötöttség terheli. Amennyiben az ajánlatot a biztosító teszi, úgy az ajánlati kötöttség a biztosítót terheli.

4.5. A biztosító a létrejött szerződésről a szerződő számára – minden kifizetéshez benyújtandó – **fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: kötvény)** állít ki. Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér, és ezt az eltérést a szerződő a kötvény kézhezvételét követően 15 napon belül nem kifogásolja, úgy a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

4.6. A biztosítási szerződés szerződő általi felmondása

4.6.1. A biztosítást önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított **30 napon belül** a gyermekekre szóló kiegészítő biztosítást a biztosítóhoz küldött **írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja**. A biztosító a szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követő 30 napon belül köteles a szerződő által a biztosítási **szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni.**

4.6.2. A 4.6.1. pontban foglalt esetben a biztosító a gyermekekre szóló kiegészítő biztosításra befizetett díjakat a későbbi díjelőírásban elszámolja.

4.6.3. A felmondott gyermekekre szóló kiegészítő biztosításra a biztosító – a jelen pont szerinti elszámoláson túl – szolgáltatási kötelezettséggel csak a felmondás beérkezését követő nap 0. órájáig tartozik, de a szolgáltatásból az esedékes biztosítási díjakat levonhatja.

4.6.4. **A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. Nem illeti meg a felmondás joga a szerződőt – ha törvény ettől eltérően nem rendelkezik – hitelfedezeti biztosítás esetén, illetve ha a szerződés tartama a 6 hónapot nem haladja meg.**

5. A BIZTOSÍTÁS TARTAMA, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE, A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE

5.1. Az alap és a kiegészítő balesetbiztosítások határozatlan tartamúak, az egészségbiztosítások és a gyermekekre szóló kiegészítő biztosítás határozott egy éves tartamú.

5.2. A szerződés alapján a biztosító a kockázatot a szerződésben megjelölt időponttól viseli, ha ilyen időpont nincs, akkor a kockázatviselés az első díj beérkezését követő napon kezdődik, feltéve, hogy a szerződés létrejött, vagy később létrejön.

A felek írásban ettől eltérő – korábbi –kockázatviselési időpontban is megállapodhatnak, de ha a kockázatelbírási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító teljesíteni csak akkor köteles, ha a kockázat egyedi elbírálása alapján a kockázatra fedezetet nyújtott volna.

5.3. A szerződő által fizetett biztosítási díj abban az időpontban válik befizetetté és azzal az időponttal kerül jóváírásra, amikor az a biztosító számlájára beérkezett. Ha a szerződő az első díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díj legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára beérkezettnek tekintendő, de a szerződő igazolhatja, hogy a díj előbb érkezett be.

5.4. A kiegészítő biztosítás(ok) kockázatviselésének kezdete:

a) amennyiben a kiegészítő biztosítás ajánlatát az alapbiztosítás ajánlatával egyidejűleg teszik, úgy megegyezik az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, feltéve, hogy az alap- és kiegészítő biztosítások létrejöttek vagy utóbb létrejönnek,

b) amennyiben a kiegészítő biztosítás(ok) ajánlatára az alapbiztosítás ajánlatának megtételét követően kerül sor, úgy a kiegészítő biztosítás(ok) ajánlatának beérkezését követő hó 1-je, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás(ok) létrejött(ek) vagy utóbb létrejön(nek), de legkorábban a kockázatelbírálásra nyitva álló határidő leteltét követő nap 0. órájakor.

A kiegészítő biztosítás évfordulója megegyezik az alapbiztosítás évfordulójával.

5.5. A kiegészítő egészségbiztosítások határozott, egy éves tartamra jönnek létre, de folyamatosan érvényben maradnak a következő biztosítási évre, kivéve, ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően írásban nem jelzi, hogy nem kívánja a jelen szerződést megújítani.

5.6. A kiegészítő egészségbiztosítások biztosítás díját a biztosító, a kiegészítő biztosítás megkötésétől számított, 1 éves időszakokra garantálja. Az 1 éves időszakok elteltét követően a biztosító a fizetendő díjat a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt felülvizsgálhatja, új díjkalkuláció és díjszabás alapján új díjakat állapíthat meg. A díjmódosítás mértékéről a biztosító legalább 60 nappal a határozott tartam lejárta előtt, írásban tájékoztatja a szerződőt.

Az így módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően érvényes. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, vagy erre nem válaszol legkésőbb 30 nappal az új biztosítási időszak első napját megelőzően, a szerződés a díjmódosítás közlését követő 60. napon megszűnik, ha erre a biztosító a szerződő figyelmét a módosítással egyidejűleg felhívja. Ezzel a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási időszak első napjának 0. órájával maradékjogok nélkül megszűnik.

A kiegészítő biztosítás utólagos felvétele esetén az 1 éves határozott tartam számítása az alapbiztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

5.7. A biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése az alap- és kiegészítő biztosítások vonatkozásában maradékjogok nélkül megszűnik:

- a felnőtt biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bekövetkező halálát követően azonnal, vagy
- azon biztosítási évet követő első nap 0. órájakor, amely évben a felnőtt biztosított betölti a 65. életévét, vagy

- a jelen feltételek 4.3., valamint 14.4. pontjai szerinti biztosítói felmondás esetén a felmondási határidő utolsó napjának 24. órájakor, vagy
- a jelen feltételek 14.5. pontja szerinti módosító javaslat elutasítása esetén, vagy ha arra nem válaszol a szerződő, a módosító javaslat közlésétől számított 30. nap 24. órájakor, vagy
- a díjfizetésre történt eredménytelen felszólítás esetén az első elmaradt díj esedékességi napjának 24. órájakor, vagy
- jelen feltételek 9.10. pontja szerint, vagy
- ha a biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását visszavonja, és a szerződő hozzájárulásával a szerződésbe szerződőként sem lép be, az adott biztosítási időszak végével, vagy
- ha a szerződő a szerződést rendes felmondással az első évi biztosítási díj teljes befizetése után bármelyik következő évforduló előtt 30 nappal írásban a biztosítási időszak utolsó napjára felmondja, vagy
- a felek közös megegyezésével.

5.8. Az 5.7 pontban foglalt eseteken felül a biztosító kockázatviselése az alapbiztosítás mellé kötött kiegészítő biztosítás(ok) tekintetében megszűnik

a) az alapbiztosítás megszünésével, vagy

b) a szerződő erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatával, a nyilatkozat biztosítóhoz való beérkezését követő hónap első napjának 0. órájakor a díjjal fedezett időszak végére, vagy

c) a biztosító részéről évfordulóra történő felmondással az évforduló napjának 24. órájakor. A biztosító 30 nappal az évfordulót megelőzően köteles írásban értesíteni a szerződőt a kiegészítő biztosítás ilyen megszüntetéséről (amennyiben a biztosítási szerződés egészségbiztosítási kiegészítőt tartalmaz, úgy a biztosító csak a baleseti kiegészítő biztosítások évfordulóra történő felmondásra jogosult), vagy

d) a jelen feltételek 4.3. pontja szerinti biztosítói felmondás esetén a felmondási határidő utolsó napjának 24. órájakor, vagy

e) a jelen feltételek 4.6. pontja szerinti szerződői felmondás esetén a gyermekekre szóló kiegészítő biztosítás megszűnik a szerződő írásbeli felmondásának biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 0. órájakor, vagy

f) az 1 éves, határozott időre kötött kiegészítő egészségbiztosítás megszűnik annak a biztosítási évnek a lejártával, amelynek a vége előtt 30 nappal bármelyik fél írásban bejelenti a szerződés meghosszabbításának elutasítását, vagy

g) a gyermekekre szóló kiegészítő biztosítás minden esetben megszűnik annak a biztosítási évnek az utolsó napján, amelyben a gyermek biztosított a 18. életévét betölti, továbbá

h) a baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás megszűnik, ha a felnőtt biztosított vonatkozásában a tartamon belül bejelentett balesetből eredő egészségkárosodások összesített értéke eléri a 100%-ot,továbbá

i) a kritikus betegségekre szóló kiegészítő egészségbiztosítás megszűnik a szolgáltatás kifizetésével.

5.9. A biztosítót a biztosítási esemény bekövetkezése miatti megszűnés esetén a teljes biztosítási időszakra megilleti a díj. A biztosítás egyéb okból való megszűnése, vagy a következő időszakra történt díjfizetés esetén a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor a kockázatviselése véget ért. A biztosító – a megszűnést, illetve annak tudomására jutását követő 30 napon belül – mindazon díj visszafizetésére köteles, amely a jelen pont szerint nem illeti meg.

5.10. A szerződés bármely okból történt megszűnése, illetve a kötvény tartalmának jelentős módosítását eredményező szerződésmódosítás esetén a biztosító jogosult a biztosítási kötvény visszakövetelésére. **Ettől függővé teheti fizetési kötelezettségének teljesítését, illetve a szerződés módosítását is.**

Amennyiben a biztosító új kötvényt bocsát ki, a korábbi kötvényt visszakérheti.

5.11. A biztosító a biztosítási szerződés megszűnéséről írásban tájékoztatja a szerződőt, de ennek időpontja, illetve elmaradása nem befolyásolja a szerződés megszűnését.

6. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

6.1. A biztosítás szolgáltatási összegének nagyságától, a felnőtt biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától, életmódjától (szabadidős, sporttevékenység) és az egyéb kockázati körülményektől függően a biztosítási kockázat elbírálásához

- nem szükséges sem egészségi nyilatkozat, sem orvosi vizsgálat, vagy
- a biztosított egészségi nyilatkozata, vagy
- egészségi nyilatkozata és orvosi vizsgálata,

és az előbbiek alapján beszerzendő egyéb orvosi iratok szükségesek.

A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

6.2. Az alapbiztosítás és a kiegészítő balesetbiztosítások tekintetében a biztosító nem alkalmaz várakozási időt.

6.3. A kiegészítő egészségbiztosítások tekintetében az ajánlattétel napjától 6 havi várakozási idő áll fenn, melytől a biztosító orvosi vizsgálat esetén eltekinthet. Várakozási időn belül bekövetkező egészségbiztosítási eseményeknél a biztosító nem köteles biztosítási szolgáltatás kifizetésére.

6.3.1. Amennyiben kritikus betegségre szóló kiegészítő egészségbiztosítás vonatkozásában következik be biztosítási esemény a várakozási idő alatt, úgy a kiegészítő biztosítás a szolgáltatás kifizetése nélkül megszűnik.

Amennyiben műtéti, illetve kórházi napi térítést nyújtó kiegészítő egészségbiztosítások vonatkozásában következik be biztosítási esemény a várakozási idő alatt, úgy a kiegészítő biztosítások továbbra is érvényben maradnak.

6.4. A biztosított várakozási időn belüli, nem baleseti eredetű halála esetén a biztosító a befizetett biztosítási díjakat visszafizeti és ezzel a biztosítás megszűnik.

6.5. A biztosító a biztosítási összeg 10.7. pont szerinti emelésénél is jogosult a kockázat ismételt elbírálására.

6.6. A szerződő és a biztosított a biztosító előírásaitól eltérő esetben is kezdeményezheti saját költségére a biztosító által meghatározott – a kockázatelbíráláshoz szükséges szintű – orvosi vizsgálat elvégzését.

6.7. A biztosító az alap- és kiegészítő, valamint az esetlegesen fennálló egyéb életbiztosítások kezdeti biztosítási összegeit biztosítottanként a 6.1. pontban előírtakhoz összevontan veszi figyelembe.

7. A BIZTOSÍTÁSSAL KAPCSOLATOS FOGALMAK

7.1. **Baleset**: a biztosítási szerződés tartama alatt a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő olyan külső hatás, amelynek következtében a biztosított a balesettől számított 2 éven belül, de még a szerződés tartama alatt múlékony vagy maradandó egészségkárosodást szenved, vagy a balesettől számított 1 éven belül, de még a szerződés tartama alatt meghal. Nem minősülnek balesetnek a 16.4. pontban felsorolt esetek.

Balesetbiztosítási esemény: ha a baleset megtörténtétől számított 2 éven belül a biztosított múlékony vagy maradandó egészségkárosodása következik be, vagy 1 éven belül meghal, amennyiben erről az alap-, illetve kiegészítő biztosítás szabályzata másként nem rendelkezik.

7.2. **Közlekedési baleset:** Jelen feltételek szempontjából közlekedési baleset az a baleset, amely azáltal következik be, hogy a biztosított személy

- közúti járművet vezet,
- utasként szárazföldi, vasúti vagy vízi járművet vagy függővasutat, illetve közterületi liftet vesz igénybe a szállítási, utazási feltételeknek megfelelően,
- légi utasként menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt az utazási feltételeknek megfelelően használ, más tömegközlekedési eszközt az utazási (szállítási) feltételeknek megfelelően használ,
- gyalogosként vagy kerékpárosként közterületen más közlekedési eszközzel okozott közlekedési baleset sérültje lesz,
- közúton járműre való be- vagy kiszállásakor, illetve fel- vagy lerakodáskor szenved sérülést, de nem a rakodást végző személyként,
- közúti eseményhez kapcsolódó tevékenységével okozati.

Nem minősülnek közlekedési balesetnek a 16.5. pontban felsorolt esetek.

7.3. **Egészségkárosodás, rokkantság:** Olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a mindennapi életvitelt akadályozza.

A jelen feltétel szerint állandó/maradandó az egészségkárosodás, rokkantság abban az esetben, ha a biztosított egészségi állapota legkésőbb a balesettől számított 2 év elteltével orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. **A baleset következtében a biztosítottnál később kialakuló állapotromlás biztosítási szolgáltatással már nem jár.** A megállapítás során önmagában a munkaképesség megváltozása és/vagy sporttevékenység feladása nem tekinthető ilyen egészségkárosodásnak.

7.4. **Aktív fekvőbeteg-ellátó intézmény**
Jelen biztosítás szempontjából aktív fekvőbeteg-ellátó intézménynek (kórháznak) minősül az az intézmény, amely állandó orvosi felügyeletet nyújtó, szakképzett ápolószemélyzettel rendelkezik, és az magyar jogszabályok szerint aktív fekvőbeteg-szakellátásra engedélyt és besorolást kapott.

Nem minősülnek aktív fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményeknek az alábbiak:

- ápolási osztályok (pl. hospice, illetve idősellátást nyújtó intézetek),
- krónikus fekvőbeteg-ellátó intézetek,
- rehabilitációs ellátást nyújtó intézetek, osztályok (pl. gyógyfürdők),
- speciális gondozóintézetek (pl. alkoholisták és kábítószerfüggők, tüdőbetegek kezelését végző intézetek).

7.5. **Műtét:** Jelen biztosítás szempontjából műtéten olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet a biztosítás kockázatviselése alatt, amelyet kórházban, vagy egynapos ellátás nyújtására engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatónál, az érvényes orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A biztosító a műtéteket, beavatkozásokat a biztosítási szolgáltatás szempontjából öt kategóriába – kis, közepes, nagy, kiemelt, kizárt műtétek – sorolja be.

Szolgáltatási kategória	A kategória szorzószáma
Kis műtétek	1
Közepes műtétek	2
Nagy műtétek	3
Kiemelt műtétek	5
Kizárt műtétek	Nincs szolgáltatás

7.5.1. Jelen szabályzat Melléklete tartalmaz egy tájékoztató listát az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról. A biztosító részletes, aktuális műtéti listája és a műtétek műtéti kategóriákba sorolása megtekinthető a biztosító honlapján (www.aegon.hu) és a biztosító kijelölt egységeinél.

7.5.2. Amennyiben az adott műtét nem szerepel a biztosító listájában, és ugyanott kizárásra sem kerül, úgy az adott műtét műtéti besorolását – a műtét jellegét és súlyosságát figyelembe véve – a biztosító orvosa állapítja meg.

7.5.3. **Ha egy biztosítási esemény következtében ugyanazon testrészen vagy szerven több sebészeti beavatkozást végeznek, akkor az adott testrészen vagy szerven végzett sebészeti beavatkozások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak az alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb szolgáltatási kategóriába esik. A térítés csak egyszeresen jár.**

7.5.4. Amennyiben több testrészen vagy szerven végeznek sebészeti beavatkozásokat, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, **de összességében nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre fizetendő szolgáltatás összegét**.

8. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK, BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

8.1. Az alap- és kiegészítő biztosítások feltételei szerinti biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító az ott meghatározott biztosítási szolgáltatást az aktuális biztosítási összeg figyelembe vételével teljesíti.

8.2. Az aktuális biztosítási összeg a szerződő által választott kockázatokhoz az ajánlattételkor meghatározott és a tartam során értékkövetéssel vagy összegnöveléssel emelt biztosítási összeg.

9. DÍJFIZETÉS, A DÍJ NEM FIZETÉSE

9.1. A szerződés folyamatos díjfizetéssel köthető, a díj kiszámítása teljes biztosítási évre történik, azonban az részletekben is fizethető. A biztosítás gyakoriság szerinti első díja a biztosítási szerződés létrejöttekor esedékes, minden későbbi díj előre, annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

9.2. A díj fizetésének gyakorisága lehet havi, negyedéves, féléves vagy éves, a díj fizethető csekken vagy banki átutalással (egyedi átutalás, csoportos beszedés). A kiegészítő biztosítások díjfizetési módja és díjfizetési gyakorisága megegyezik az alapbiztosítás mindenkori díjfizetési módjával és díjfizetési gyakoriságával.

9.3. A szerződő a díjfizetés gyakoriságát és módját a szerződéskötéskor választja meg, amely alapján a gyakoriság szerinti díj megállapításra kerül. A biztosítás évfordulóján a szerződőnek lehetősége van a díjfizetési gyakoriság, illetve a díjfizetési mód megváltoztatására. Erről a szándékáról írásban, a biztosítási évfordulót 30 nappal megelőzően értesítenie kell a biztosítót.

9.4. Ha a szerződő az esedékes rendszeres biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – felszólítást küld, amelyben legalább 30 napos póthatáridőt tűz ki a teljesítésre. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenőleges hatállyal, maradékjog nélkül megszűnik.

9.5. Ha a szerződés a 9.4. pontban leírtak szerint, a folytatólagos díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő a megszűnés napjától számított 120 napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, de el is utasíthatja a kérelmet 15 napon belül. Nem kerül sor a helyreállításra a korábban esedékessé vált és a kérelem időpontjától esedékes biztosítási díj megfizetésének hiányában.

9.6. Az esedékes biztosítási díj elmaradását követő kárkifizetés esetén az aktuális díjhátralékot a biztosító a szolgáltatási összegből – a szerződő tájékoztatása után – levonhatja

9.7. A kiegészítő balesetbiztosítások esetén a biztosító 5 évente változó díjat állapít meg, ami a vállalt kockázatok életkorral összefüggő változását tükrözi. Az 5 éves időszakok elteltével a biztosító a biztosított aktuális korának megfelelő, az adott kiegészítő biztosítás díjkalkulációja és díjszabása szerinti biztosítási díjat alkalmazza. A biztosító a díjkalkuláció és a díjszabás 9.8. pont szerinti felülvizsgálatának lehetőségét ebben az esetben is fenntartja.

9.8. A biztosítás díját a biztosító a szerződés megkötésétől számított 5 éves időszakokra változatlan biztosítási összegre állapítja meg, és az csak az értékkövetéssel vagy a közös megegyezéses díj-, illetve összegemeléssel módosulhat. Az 5 éves időszakok elteltét követően a biztosító a díjakat és biztosítási összegeket a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt felülvizsgálhatja, és új díjkalkuláció és díjszabás alapján új tarifákat állapíthat meg.

9.9. A díjmódosítás mértékéről **a biztosító 60 nappal az új díjak életbelépése előtt írásban – vagy a szerződő kifejezett kérésére e-posta szolgáltatás igénybevételével – tájékoztatja a szerződőt. Az így módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően érvényes.**

9.10. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát 30 nappal az új tarifa életbelépését megelőzően kell a biztosítóhoz eljuttatnia, és ezzel jelen biztosítás – a bejelentést felmondásként elfogadva – az első módosított díjrészlet esedékességét megelőző nap 24. órájával maradékjogok nélkül megszűnik.

9.11. Egészségbiztosításnál nem lehet a díjmódosítás alapja a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás.

10. ÉRTÉKKÖVETÉS

10.1. Értékkövetés a biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek – a kárgyakoriságtól függetlenül – az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása.

10.2. A szerződő minden évben a szerződés évfordulóján az alap- és kiegészítő biztosítások kockázati biztosítási összegeit és díjait arányosan növelheti (indexálhatja) a biztosító által ajánlott mértékben. Amennyiben az értékkövetés egybeesik a 9.8. pont szerinti ötévenkénti díjváltozással, akkor a biztosítási összeg és a díj változása az arányostól eltérhet.

10.3. Az ajánlott index mértékéről, a biztosítási összegek módosításáról, az új biztosítási összegekhez tartozó biztosítási díjakról a biztosító legkésőbb 60 nappal a biztosítási év vége előtt, írásban értesíti a szerződőt.

10.4. A biztosító által ajánlott értékkövetés (index) mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által megállapított, a tárgyévet megelőző naptári évre vonatkozó éves fogyasztói árindex, amelytől a biztosító 5 százalékponttal eltérhet. Az így meghatározott index az adott év június hó 1-jétől a rákövetkező év május hó 31-éig kerül alkalmazásra.

A biztosító által ajánlott index szerződő általi elfogadása nem kötelező.

10.5. Az értékkövetés elfogadása esetén a módosított alap- és kiegészítő biztosítási összegeket és díjakat a biztosító a következők szerint állapítja meg:

Az előző biztosítási évre vonatkozó biztosítási összeg és az ajánlott index szorzatával megnöveli az előző biztosítási évre vonatkozó biztosítási összegeket. Ezzel egyidejűleg az előző biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjakat is megnöveli az index és az előző biztosítási évre vonatkozó díj szorzatával.

10.6. Amennyiben a szerződő a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően a biztosító indexálásra vonatkozó javaslatát nem utasítja vissza, úgy azt a biztosító a szerződő által elfogadottnak tekinti. **Az évfordulót követően a szerződő a módosított érvényes és esedékes díjat tartozik fizetni. A visszautasítás bejelentése a szerződés értékkövetés nélküli fennmaradását eredményezi.**

10.7. A szerződőnek a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal lehetősége van az értékkövetésen túl a biztosítási összeg emelésére. Az emelt biztosítási összeg a bejelentést követő évfordulótól lép hatályba. Az erről szóló nyilatkozatot a szerződőnek **legalább 30 nappal a következő biztosítási évfordulót megelőzően kell** a biztosítóhoz eljuttatnia, és ennek elbírálásánál a biztosító az ajánlatelbírálással (4. pont) azonos módon jár el.

11. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ SZABÁLYOK

11.1. Egészségbiztosítási szerződés

Egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget. A biztosító szolgáltatása kiterjedhet a szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatások egészséges személy általi igénybe vételekor felmerülő költségek megtérítésére is.

11.2. Alkalmazandó szabályok

Az egészségbiztosítási szerződéseket az élet- vagy kárbiztosítás szabályai szerint lehet kötni.

Ha az egészségbiztosítást kárbiztosításként kötötték, **a kárbiztosításra vonatkozó rendelkezéseket a következő eltérésekkel kell alkalmazni:**

a) a kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá; és

b) nem terheli a biztosítottat állapotmegőrzési kötelezettség a biztosítási esemény bekövetkezése esetén.

c) a biztosított részéről szükséges hozzájárulás, ha nem a biztosított a szerződő fél,

d) a biztosított hozzájáruló nyilatkozatának visszavonása; és

e) a biztosító kötelezettségének beállása a közlési kötelezettség megsértése esetén.

11.3. Várakozási idő

11.3.1. Ápolási szolgáltatásra irányuló biztosítás esetén, illetve akkor, ha a biztosított valamely tartós betegsége a szerződéskötéskor a biztosító által ismert volt, az említett betegségre vonatkozóan a biztosító az egészségbiztosítási szerződésben legfeljebb hároméves várakozási időt köthet ki.

11.3.2. A várakozási időbe beszámít az az időtartam, amelynek során a biztosított az egészségbiztosítás megkötését megelőzően – legfeljebb hatvan napon belül – megszűnt korábbi egészségbiztosítási szerződés alapján folyamatosan jogosult volt egészségbiztosítási szolgáltatásra.

11.4. Felmondás egészségbiztosítás esetén

Az egészségbiztosítást a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.

12. A SZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTÉSE, A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

12.1. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.

12.2. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha a szerződő, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 8 napon belül nem jelenti, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

12.3. Dokumentumok

12.3.1. Az alap- és kiegészítő biztosítások feltételeiben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez **a következő dokumentumok bemutatása szükséges:**

- a biztosítási kötvény/fedezetet igazoló dokumentum,
- a díjfizetés igazolása,
- a kedvezményezett/jogosult személyazonosságának igazolása,
- a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság igazolása,
- a biztosítási esemény tényét és időpontját igazoló dokumentum,
- hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó határozat, vádirat vagy bírósági ítélet,
- haláleseti szolgáltatás igénybevétele esetén a halál tényét, időpontját igazoló okirat (halotti anyakönyvi kivonat), a halál okát igazoló halottvizsgálati bizonyítvány, orvosi dokumentum,
- a biztosítási esemény előzményeinek, kezdetének időpontját, lefolyását igazoló részletes orvosi igazolás
- minden olyan kórházi, orvosi dokumentum, amely tartalmazza a beavatkozás, ápolás, betegség pontos megnevezését, illetve leírását, okát, időpontját, tartamát, előzményeit,
- szükség szerint az aktuális orvosi vizsgálat lehetővé tétele és annak eredményét igazoló dokumentum,
- a szerződéskötéskori egészségi állapotot igazoló orvosi dokumentáció,
- hagyatéki végzés vagy öröklési bizonyítvány.

12.3.2. Balesetbiztosítási esemény esetén – a fentieken túl – az alábbi dokumentumok bemutatása szükséges:

- baleseti eseményt igazoló orvosi dokumentáció (pl. kórházi zárójelentés, ambuláns kezelési lap),
- a baleset okát, körülményeit leíró nyilatkozat, jegyzőkönyv,
- nyilatkozat, orvosi dokumentum ittasságról,
- tevékenységi engedély másolata, ha a baleset valamely engedélyhez kötött tevékenységgel függ össze,
- közlekedési baleset esetén a jármű (forgalmi) engedély és a biztosított vezetői engedélye, ha a közlekedési baleset a biztosított által vezetett járművel következett be.

12.3.3. A biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosító orvosának véleménye alapján teljesíti. A biztosító a szolgáltatás teljesítését a biztosítottnak a biztosító orvosa által végzett felülvizsgálatához, illetve egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

12.3.4. A biztosító a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló mindenkor hatályos jogszabályi rendelkezések betartása, illetve a kifizetés biztonsága érdekében követelheti a szerződőtől, képviselőjétől, a biztosítottaktól és kedvezményezettektől, jogosulttól vagy bármelyiküktől az eredeti bankszámlaszerződés és a bankszámlakivonat bemutatását, és azokról másolat leadását.

12.3.5. A biztosító a szolgáltatása teljesítését csak olyant okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükségesek. **A biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem kötheti. A szerződőnek, a biztosítottnak, illetve**

a jogosultnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok bemutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.

12.3.6. **A szükséges okiratok költségeit annak kell viselnie, akinek azok elfogadása érdekében áll.** A biztosítót terheli minden olyan költség, amelyet a biztosítási igény bizonyításához igazolhatóan indokolatlanul kért. A biztosítási esemény bekövetkezését annak kell igazolnia, aki a szolgáltatásra igényt tart.

12.3.7. **A biztosítási szolgáltatás teljesítése legkésőbb az összes szükséges okmány – esetleg orvosi vizsgálat eredményének – beérkezését követő 30. napon esedékes.**

13. KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG

13.1. A szerződő és a biztosított szerződéskötéskor **köteles** a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet **ismert vagy ismernie kellett**. A szerződő és a biztosított felelőssége ebben a vonatkozásban egyetemleges. **A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő és a biztosított a közlési kötelezettségének eleget tesz.** A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

13.2. A biztosított, a szerződő és a kedvezményezett köteles a biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok és körülmények ellenőrzését.

13.3. Amennyiben a biztosító **az életkor vagy más kockázati tényező helytelen bevallása** miatt a szerződésre a valós kockázati biztosítási díjnál alacsonyabb díjat számított, de a szerződés a valós életkorral, illetve kockázati tényezőkkel az alap- és kiegészítő biztosítások feltételei szerint létrejöhetett volna, úgy **a biztosító a biztosítási összegnek arra az összegre történő leszállítására, illetve a díj olyan emelésére tesz javaslatot,** amely a biztosítás megkötésének időpontjában a biztosított tényleges életkora, illetve kockázati tényezői mellett megfelelt volna. Erre a módosításra a kiegészítő egészségbiztosítási, vagy gyermekekre szóló kiegészítő biztosítási szerződések létrejöttétől számított első 5 évben van lehetőség. Amennyiben a szerződő a módosítási javaslatot nem fogadja el, a szerződés **a 30. napra megszűnik, feltéve, hogy erre a biztosító a szerződő figyelmét felhívta. A szerződő által elfogadott módosított díj a közlést követő hónap 1-jétől illeti meg a biztosítót**.

13.4. Ha a díj a helytelen korbevallás folytán magasabb összegben nyert megállapítást – de a szerződés a valós életkorral a szerződés feltételei szerint is létrejöhetett volna –, úgy a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.

13.5. Ha a biztosított valós életkora alapján a biztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, a szerződés érvénytelen, kivéve, ha a biztosító ehhez kifejezetten hozzájárult.

13.6. A közlési kötelezettség megsértése esetében a biztosító mentesülésére vonatkozó szabályok érvényesek (15. pont).

14. VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

14.1. A szerződő és a biztosított a változás bekövetkezésétől számított 8 napon belül köteles a biztosítónak írásban bejelenteni lényeges körülmények változását, így különösen, de nem kizárólagosan a személyi adatainak (pl.: név, lakcím, foglalkozás, hobbi, sporttevékenység), továbbá az alap- és kiegészítő biztosítások különös feltételeiben rögzített egyéb lényeges körülményeknek a megváltozását.

14.2. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítónak **írásban bejelenteni a biztosított szerződéskötéskori tartózkodási helyének (ország) megváltoztatását az indulás ismert időpontja előtt 30 nappal.** A biztosító a bejelentést követő 15 napon belül mérlegeli az országkockázatot, majd a kockázat vállalhatóságának feltételeiről tájékoztatja a szerződőt.

14.3. Amennyiben a szerződő, illetve a biztosított a változás-bejelentési kötelezettségüknek nem tesznek eleget, a biztosító mentesülésére vonatkozó szabályok (14. pont), és a 12.3. pontban leírtak érvényesek.

14.4. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a biztosító a tudomására jutástól számított **15 napon belül írásban javaslatot tehet** a szerződés módosítására**, illetőleg – ha a kockázatot nem vállalja – a szerződést a 30. napra írásban felmondhatja.** Erre a módosításra, illetve felmondásra a biztosítónak a szerződéskötéstől vagy a lényeges körülmény változására vonatkozóan elmulasztott bejelentés megtételének kötelező időpontjától számítva 5 teljes biztosítási éven belül van lehetősége az egészségbiztosítási szolgáltatások tekintetében. Balesetbiztosításnál a tudomásra jutástól számított 15 napon belül a teljes tartam alatt mód van a szerződés biztosító általi módosítására, illetve felmondására.

14.5. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, úgy a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, feltéve, hogy erre a következményre a biztosító a szerződőt a módosító javaslat megtételekor figyelmezteti. A szerződő által elfogadott módosított díj a közlést követő hónap 1-jétől illeti meg a biztosítót.

15. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

15.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

15.2. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben vagy öngyilkossága, öncsonkítása vagy annak kísérlete miatt következett be – függetlenül attól, hogy azt a biztosított tudatzavarban követte el.

15.3. A biztosító abban az esetben is mentesül az egészségbiztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha a bekövetkezett eseményt (egészségkárosodást vagy betegséget) jogellenesen

- a biztosított szándékos vagy
- súlyosan gondatlan magatartása okozta.

15.4. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetnek, illetve betegségnek minősül többek között, ha a biztosítási esemény

- a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,5 ezrelék, illetve ennél magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- a biztosított által nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban szedett altató- vagy nyugtatószer, illetve gyógyszer, kábítószer következtében áll be, vagy
- a biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas (0,5 ezrelék, illetve ennél magasabb véralkoholszint) gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- engedélyhez kötött tevékenységnek a biztosított általi engedély nélküli végzése miatt, vagy
- a biztosított munkavégzése során a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.

15.5. Amennyiben a szerződő vagy a biztosított közlésre, illetőleg a változás bejelentésére vonatkozó kötelezettségének nem vagy csak késedelmesen tesz eleget, a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól és a biztosítás kifizetés és maradékjog nélkül megszűnik, kivéve, ha

- a biztosított, illetve a szerződő bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte,
- az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

15.6. Az egészség- és a gyermekekre szóló kiegészítő biztosítási szerződés esetén a közlésre vagy a változás bejelentésére vonatkozó kötelezettség megsértése esetén a biztosító csak abban az esetben mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a szerződéskötéstől, a kiegészítő biztosítás megkötésétől vagy az elmulasztott bejelentés megtételének kötelező időpontjától számítva még nem telt el 5 teljes biztosítási év.

16. KOCKÁZATKIZÁRÁSOK

16.1. A biztosító kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

- harci eseményekkel, más háborús cselekményekkel, felkelésekkel, lázadásokkal, terrorcselekményekkel vagy zavargásokkal,
- radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt, terápiás célú sugárkezelést,
- HIV, hepatitis B vagy hepatitis C fertőzéssel.

Harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény.

16.2. A biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben, országos vagy nemzetközi szervezett amatőr vagy profi sportversenyen, illetve engedély nélkül rendezett sportversenyeken való részvétel következtében vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be. Amatőr sportolónak minősül: versenyengedéllyel és sportorvosi engedéllyel rendelkező, sportegyesületi tagok. A biztosító nem áll kockázatban az amatőr sportolóknak az igazolt sporttevékenységével összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre. Azonban kockázatban áll azokra a biztosítási eseményekre, amelyek nem függenek össze az igazolt sporttevékenységével.

16.3. A biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény nem menetrendszerű kereskedelmi személyszállító repülés, hanem egyéb repülés következménye.

16.4. Nem minősülnek balesetnek, így kizártak a balesetbiztosítás kockázatviseléséből a következő esetek:

- a megemelés, a rándulás,
- a fagyás, a kihűlés, a napszúrás és a hőguta, egyéb hideg vagy meleg hőhatásból származó ártalom,
- a mérgezés, a rovarcsípés,
- az öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete, abban az esetben sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el,
- a fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség akkor sem, ha az balesettel összefüggésben következett be,
- foglalkozási ártalom.

16.5. Nem minősül közlekedési balesetnek, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll a következőkkel:

- a gyalogos olyan balesete, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpáros olyan balesete, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű,
- a jármű utasát ért olyan balesete, amely nem a jármű, illetve más jármű haladásával, illetve megállásával, balesetével összefüggésben következett be.

16.6. Nem minősül sem baleseti, sem egészségbiztosítási eseménynek

- a biztosított veleszületett rendellenességeivel, illetve biztosított születése során szerzett betegségekkel, állapotokkal, károsodásokkal függ össze;
- a biztosított olyan balesete, betegsége, amely a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megtörtént, illetve fennállt, és arról a biztosított tudott vagy tudnia kellett, kivéve, ha a biztosított erről nyilatkozott, és a biztosító ennek ismeretében vállalta a kockázatot;
- a biztosított olyan balesete, betegsége, amely okozati összefüggésben áll a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a biztosító jelen biztosítására vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már kialakult maradandó károsodásával, illetve korábban

már sérült vagy károsodott, funkciójában korlátozott testrészt érint;

- **a halasztott orvosi beavatkozás, ápolás, amelynek szükségessége a biztosítás kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt, és amelynek szükségességéről a biztosított tudott vagy tudnia kellett;**

feltéve, hogy a biztosító a kockázat nagyságára tekintettel egészségi kockázatfelmérést nem végzett.

16.7. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a nem vállalható esetekre, amelyeknél a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll a következőkkel:

- **ha a biztosított korábbról már meglévő állapota, betegsége maradandó, egészségkárosodása oksági összefüggésbe hozható a biztosítási eseménnyel;**
- **extrém sporttevékenységgel;**

  Extrém sportnak minősül a társadalombiztosítási szerv által annak tekintett szabadidős tevékenység, melyekkel összefüggésben fellépő egészségkárosodás esetén csak térítés melletti ellátást biztosít. A kizárások a kockázatviselés tartama alatti, de az ajánlattételt követően extrém sportnak minősített sportokra is vonatkoznak (a mindenkor aktuális hivatalos besorolás szerint).

  Extrém sportnak minősül:

  vízisí, jet-ski, vadvízi evezés, magashegyi túrázás, hegy- és sziklamászás az V. foktól, barlangászat, bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping), falmászás, roncsautó sport, rally, hőlégballonozás, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

- **a biztosított által foglalkozásszerűen művelt, a biztosító által – a honlapon közzétett lista alapján – veszélyes minősítéssel besorolt tevékenységgel.**

  Veszélyes tevékenységnek minősül:

  Acélszerkezeti szerelő, alagút-/akna-/csővezeték építő, állatkerti gondozó, állat-szelidítő, bádogos/ tetőfedő/szigetelő, bányász/váján, cirkuszi művész, épületszerkezeti szerelő, erősáramú villamossági szerelő, favágó, fegyvergyártó, földgázipari munkás, határőr, hegyimentő, híd-/gátépítő, ipari alpinista, kaszkadőr/dublőr, katona, kocsirendező, kőfejtő/kőtörő, kőolajipari munkás, lőszergyártó, magasfeszültségű villanyszerelő, pilóta, pirotechnikus, repülőoktató, repülőszemélyzet, rendőr, robbanóanyaggal dolgozó, tankhajóvezető, tengerjáró hajó személyzete, útburkoló/-karbantartó, vadbefogó/vadhajtó, vegyipari munkás, vízépítési munkás, vadász.

16.8. Amennyiben a biztosító kockázatviselése nem áll fenn, az alap- és kiegészítő biztosítások feltételeiben rögzített biztosítási szolgáltatást nem teljesíti a biztosító.

16.9. A biztosító a kockázatelbírálás során a kockázat egyedi mérlegelésével valamely, a fentiekben kizárt kockázat vállalhatóságáról szóló döntést is hozhat.

17. VEGYES RENDELKEZÉSEK

17.1. Jelen biztosításnak **nincs maradékjoga, azaz nem díjmentesíthető, kölcsönnel nem terhelhető és nem vásárolható vissza**.

17.2. Amennyiben a biztosító a biztosítási szolgáltatást kockázatkizárás vagy mentesülés miatt nem teljesíti, úgy a biztosítónak fizetési kötelezettsége nincs.

17.3. A szerződő magyarországi kézbesítési megbízottat nevezhet meg, amennyiben 1 hónapnál hosszabb időre lakcíméről eltávozik, vagy levelezési címén a küldeményeket nem tudja átvenni. Ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címére (levelezési címére) joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

17.4. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

17.5. A biztosító a 2003. évi LX. törvény (Bit.) 161/A. §-ában és a jelen szerződésben foglalt felhatalmazás alapján az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatásoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A biztosító ezen adatokat a Bit.-ben meghatározott időtartamon át kezeli. A szerződő/ biztosított/ kedvezményezett a biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

17.6. A biztosítási szerződés legfontosabb adózási szabályait a biztosító az ajánlattétel előtt átadott tájékoztatóban vagy annak mellékletében ismerteti. A biztosító szolgáltatásait, egyéb kifizetéseit az aktuális adókötelezettség elszámolását követően teljesíti.

17.7. A biztosító adatai

Biztosító neve:	Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.
Társasági formája:	zártkörűen működő részvénytársaság
Biztosító székhelye és címe:	1091 Budapest, Üllői út 1.
Székhelyének állama:	Magyarország
Felügyeleti szerve:	Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.

18. PANASZKEZELÉS

18.1. A szerződő jogosult a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó **panasz**át szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölni. A biztosító „Panaszkezelési szabályzata" elérhető és megtekinthető ügyfélszolgálati irodáiban, illetve a biztosító honlapján: www.aegon.hu/elerhetosegek/panaszkezelesi-szabalyzat.html

A szerződő a biztosítási szerződése kapcsán felmerült olyan panaszával, amelyre az illetékes ügyfélszolgálaton nem kap megnyugtató választ, személyesen a Központi Ügyfélszolgálati Irodához, írásban a Panaszirodához fordulhat.

Központi Ügyfélszolgálati Iroda címe:
1023 Budapest, Bécsi út 3–5.

Panasziroda címe: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.
Panasziroda
1813 Budapest, Pf. 245.

E-mail: ugyfelszolg@aegon.hu

Online panaszbejelentés:
www.aegon.hu/panaszbejelentes/panaszbejelentes.html

18.2. A biztosító

a) a szóbeli panaszt valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben, annak nyitvatartási idejében, ennek hiányában a székhelyén minden munkanapon 8 órától 16 óráig,

b) a telefonon közölt szóbeli panaszt legalább a hét egy munkanapján 8 órától 20 óráig,

c) elektronikus eléréssel – üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan fogadja.

18.3. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézést.

18.4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító és a szerződő közötti telefonos kommunikációt **a biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi**. A szerződő kérésére a biztosító a hangfelvétel visszahallgatását lehetővé teszi a szerződő részére, továbbá térítésmentesen rendelkezésre bocsátja a hangfelvételről készített hitelesített jegyzőkönyvet.

18.5. A biztosító a szóbeli panaszt – a 18.6. pontban meghatározott eltéréssel – azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha a szerződő a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a szerződőnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén a szerződőnek – a panasszal kapcsolatos, indoklással ellátott álláspontjával egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

18.6. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a szerződőnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az szerződőnek – a panasszal kapcsolatos, indoklással ellátott álláspontjával egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

18.7. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi a szerződőnek.

18.8. Jogorvoslati lehetőségek

- ***Pénzügyi Békéltető Testület:*** A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén békéltető testületi eljárás kezdeményezhető, kivéve, ha felelősségbiztosítás károsultja a panaszos.

  Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank
  1525 Budapest, BKKP Pf.: 172.

  Telefon: +36-1-4899-100

  E-mail cím: pbt@mnb.hu

  Bővebb tájékoztatás: http://felugyelet.mnb.hu/pbt

- ***Fogyasztóvédelmi eljárás:*** A szolgáltató magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó, 2013. évi CXXXIX. MNB törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhető.

  Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank
  1534 Budapest, BKKP Pf.: 777.

  Telefon: +36-40-203-776

  E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

  Bővebb tájékoztatás:
  http://felugyelet.mnb.hu/fogyasztoknak/ugyfelszolgalat

- ***Bíróság:*** Pénzügyi fogyasztói jogvita eredménytelensége esetén az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz lehet fordulni.

  Bővebb tájékoztatás: http://www.birosagok.hu/

19. ELÉVÜLÉS

A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elévülnek.

20. BIZTOSÍTÁSI TITOK, ADATKEZELÉS

20.1. Biztosítási titok minden olyan, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló – minősített adatot nem tartalmazó – adat, amely az egyes ügyfelek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

20.2. A biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a törvényben meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

20.3. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek **azon biztosítási titkait jogosult kezelni a Bit. 153-161. §-ban foglaltak szerint**, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

20.4. A 20.3. pontban meghatározottól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak a szerződő és a biztosított előzetes hozzájárulásával végezhet, a hozzájárulást a biztosító az ajánlattétellel egyidejűleg szerzi be. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

20.5. A biztosító a személyes adatokat a szerződés részét képező, a szerződő aláírásával vagy az elektronikus ajánlattétel során nyilatkozattal elfogadott „Tájékoztatás és nyilatkozat az adatkezelésről” elnevezésű dokumentum figyelembevételével kezeli.

20.6. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító

tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

20.7. A biztosító ügyfelei biztosítási titkát csak törvény rendelkezése alapján, illetve a szerződő hozzájárulása esetén adhatja át.

20.8. A törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,

c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,

e) az adóhatósággal, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviseletével, ezek érdek-képviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,

j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,

m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,

n) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,

o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,

q) a Bit. 161/A–161/C. §-ának hatálybalépését követően a biztosító által szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében történő megkeresés keretén belül a jogosultsággal rendelkező megkereső biztosítóval

szemben, ha az a)–j) és q) pontban megjelölt szerv vagy személy a biztosítóhoz olyan írásbeli megkereséssel fordul, amely tartalmazza a szerződő nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k)–m) és o)–p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

20.9. A nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség részére a biztosító köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

a) kábítószer-kereskedelemmel,

b) kábítószer birtoklásával,

c) kóros szenvedélykeltéssel,

d) kábítószer készítésének elősegítésével,

e) új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel,

f) terrorcselekménnyel,

g) terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával,

h) terrorizmus finanszírozásával,

i) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,

j) lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel,

k) pénzmosással,

l) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

20.10. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

20.11. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét továbbá

a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,

b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,

20.12. A jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

20.13. A szerződő/biztosított külön nyilatkozat aláírásával felmenti a titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló **orvosokat, egészségügyi intézményeket,** másrészt a **társadalombiztosítási és egyéb hatósági, igazgatási szerveket** azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.

20.14. Ha a szerződő/biztosított a biztosítási szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási és más hatósági, igazgatási szerveket **nem menti fel, de a szerződés létrejött, úgy a biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.**

II. AZ ALAP- ÉS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

1. BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ ALAPBIZTOSÍTÁS

1.1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bekövetkező, az I.7.1. és I.7.2. pontokban meghatározott **balesete miatti, a balesettől számított 1 éven belüli halála.**

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

1.2. Biztosítási szolgáltatás

Az **I.7.1. pont szerinti** biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az esemény bekövetkeztekor érvényes **aktuális baleseti halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki**.

Az **I.7.2. pont szerinti** biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az esemény bekövetkeztekor érvényes **aktuális baleseti halál esetére szóló biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki**.

2. BALESETI ROKKANTSÁG ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

2.1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt bekövetkező, az I.7.1. pont szerinti balesete miatti, legkésőbb **a balesettől számított 2 éven belül kialakult, a biztosító orvosszakértője által megállapított maradandó, legalább 20%-os egészségkárosodása,** baleseti rokkantsága.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

2.2. Biztosítási szolgáltatás

A II.2.1. pontban foglaltak bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában **aktuális baleseti rokkantságra szóló biztosítási összegnek az állandó egészségkárosodás mértékével azonos százalékát fizeti ki**.

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosszakértője állapítja meg, a testi funkcióvesztés, a szövődmények és kizárólag a balesetből eredő egyéb sérülések figyelembevételével. Más orvosszakértői testületek döntése a biztosítót nem köti. A megállapításra az alábbi táblázatban felsorolt esetekben azonnal, egyébként pedig a balesetet követő 2 éven belül kerül sor.

Egészségkárosodás mértéke	
mindkét szem látásának elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
mindkét láb elvesztése combtól	100%
mindkét lábszár elvesztése (protézisre alkalmatlan)	100%
mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval	80%
comb elvesztése	80%
felkar elvesztése	80%
alkar elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
lábszár elvesztése	70%
kézfej elvesztése csuklóból	70%
lábfej elvesztése a boka csatlakozásánál vagy felette	40%
egy szem látásának teljes elvesztése	35%
egy fül hallóképességének teljes elvesztése	25%
egy hüvelykujj teljes elvesztése	30%
mutatóujj teljes elvesztése	20%
nagylábujj teljes elvesztése	10%
egyéb kézujj teljes elvesztése	10%
egyéb lábujj teljes elvesztése	3%

Az igény alapját képező biztosítási esemény előtt bármely okból már sérült vagy károsodott, funkciójában korlátozott – nem ép – testrészek egészségkárosodása a biztosításból ki vannak zárva.

A biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, **amíg a balesetből eredő, balesetenként a 20%-ot elérő egészségkárosodások összesített százalékos mértéke el nem éri a 100%-ot**. Az utolsó egészségkárosodás oly mértékben vehető figyelembe, hogy az összesített egészségkárosodás mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül attól, hogy egy vagy több baleset történt.

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége **csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és a baleseti rokkantság mértékének megállapítására még a biztosított életében sor került.**

3. BALESETI EREDETŰ KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉST NYÚJTÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

3.1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt bekövetkező I.7.1. pont szerinti **balesete miatt szükséges, orvosi szempontból indokolt, úgynevezett aktív fekvőbetegellátó intézményben történő, két éven belül és a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt megkezdődő ápolása**.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

3.2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosító a biztosítási eseményből eredő kórházi felvétel napjától az ápolás minden napjára **napi térítést fizet**. A napi térítés összege megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális napi térítési összeggel.

A kórházi ápolás napjainak számlálásánál a kórházi ápolás minden megkezdett naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás, illetve az esetleges halál napja is.

A biztosító kockázatviselésének megszűnése után kezdődő kórházi ápolás nem minősül biztosítási eseménynek még akkor sem, ha az a kockázatviselés alatt bekövetkező baleset következménye.

4. BALESETI EREDETŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉST NYÚJTÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

4.1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt bekövetkező I.7.1. pont szerinti **balesete miatti, legkésőbb a balesettől számított 2 éven belül és a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt bekövetkező, orvosi szempontból szükséges I.7.5. pont szerinti műtéte**.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

4.2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szolgáltatás összege megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában **aktuális műtéti térítési összeg és a biztosítotton végrehajtott műtét szolgáltatási kategóriájához rendelt szorzószám szorzatával.**

5. BALESETI EREDETŰ ÉGÉSI SÉRÜLÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

5.1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt, baleset következtében fellépő égési sérülése, ideértve a maró anyag okozta sérülést, de kizárva a sugárzó hő, illetve napégés következményeként kialakult sérülést.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az égési sérülést okozó baleset napja.

5.2. Biztosítási szolgáltatás

A II.5.1. pontban foglaltak bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában **aktuális égési sérülésre szóló biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő százalékát fizeti ki. A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összeg alábbi táblázat szerinti százaléka.**

Súlyossági fok	Érintett testfelület nagysága (kiterjedtség)			
	10–19%	20–49%	50–79%	80% felett
I. fokú	—	—	—	—
II. fokú	—	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	180%	200%

Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének **százalékos mértékét összeadva állapítja meg. A szolgáltatás maximális összege az égési sérülésre meghatározott biztosítási összeg kétszerese.**

Ha a biztosított igazolhatóan és közvetlenül az égési sérülések következtében az égéstől számítva legfeljebb egy éven belül meghal, úgy a biztosító a kedvezményezett részére 200%-os térítést fizet az égési sérülés súlyosságától függetlenül az esetleg korábban már kifizet(ett) összegek levonásával.

6. BALESETI EREDETŰ CSONTTÖRÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

6.1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt bekövetkező I.7.1. pont szerinti **balesete miatt bekövetkező csonttörése, csontrepedése, azzal a kitétellel, hogy a patológiás törés, a fogrepedés, a fogtörés, illetve a fogak és fogpótlások sérülése nem biztosítási esemény.**

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

Jelen feltételek szerint továbbá nem minősül biztosítási eseménynek a biztosított bármely betegségével, azok szövődményeivel ok-okozati összefüggésben létrejövő úgynevezett patológiás törés.

Jelen feltételek szerint a biztosító **kockázatviselése nem terjed ki az alábbi esetekre**:

- részleges törések a kézujjcsontok és kézközépcsontok (kivéve I. ujj), illetve a lábujjcsontok és lábközépcsontok (kivéve I. ujj) vonatkozásában,
- elmozdulással nem járó teljes törések a kézujjcsontok és kézközépcsontok (kivéve I. ujj), illetve a lábujjcsontok és lábközépcsontok (kivéve I. ujj) vonatkozásában.

6.2. Biztosítási szolgáltatás

A II.6.1. pontban foglaltak bekövetkezése esetén a biztosító **a biztosítási esemény időpontjában aktuális baleseti csonttörésre szóló biztosítási összeget fizeti ki**.

Egy baleset miatt bekövetkezett csonttörés, csontrepedés esetén a biztosító a törések számától függetlenül **egyszeri kifizetést teljesít**.

7. MŰTÉTI TÉRÍTÉST NYÚJTÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

7.1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak **a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt bekövetkező, orvosi szempontból szükséges, I.7.5. pont szerinti műtéte**.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét napja.

7.2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási szolgáltatás összege megegyezik **a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális műtéti térítési összeg és a műtét szolgáltatási kategóriájához rendelt szorzószám szorzatával**.

7.3. Az I.15. pontban felsoroltakon túl nem minősülnek biztosítási eseménynek:

- **a mesterséges megtermékenyítés és terhességmegszakítás különböző formáival kapcsolatos műtéti beavatkozások;**
- **a kockázatviselés előtt bekövetkezett fogantatással kapcsolatos műtéti események;**
- **a nemzőképesség megszüntetését célzó (sterilizáló) műtéti beavatkozások;**
- **a magzaton végzett beavatkozások esetén a magzatot ért károsodásokra nem terjed ki a biztosítás szolgáltatása;**
- **a kozmetikai és plasztikai célú műtéti beavatkozások, akkor sem, ha az orvosi dokumentum szerint TB finanszírozottak voltak.**

8. KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉST NYÚJTÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

8.1. Biztosítási esemény

A biztosított orvosi szempontból szükséges, **a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt megkezdődő, 3 napot, terhességgel és szüléssel összefüggően nem baleseti okból eredő ápolás esetén 10 napot meghaladó folyamatos, úgynevezett aktív fekvőbeteg-ellátó intézményben történő ápolása**.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi ápolás első napja.

A biztosító **kockázatviselésének megszűnése után kezdődő kórházi ápolás nem minősül biztosítási eseménynek még akkor sem, ha az a kockázatviselés alatt bekövetkező baleset vagy kialakuló betegség következménye**.

8.2. Biztosítási szolgáltatás

A napi térítés összege megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában **aktuális napi térítési összeggel**.

A kórházi ápolás napjainak számlálásánál a kórházi ápolás minden megkezdett naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás vagy az esetleges halál napja is.

8.3. Az I.15. pontban felsoroltakon túl nem minősülnek biztosítási eseménynek:

- **a mesterséges megtermékenyítés, művi terhességmegszakítás és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi ápolás;**
- **a kozmetikai és plasztikai műtétekkel kapcsolatos kórházi ápolás, akkor sem, ha a kórházi igazolás alapján TB finanszírozott volt;**
- **a krónikus vese-dialízissel kapcsolatos kórházi ápolás;**
- **a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés;**
- **az alkohol-elvonókúra, drog-, illetve egyéb függőség megszüntetésére irányuló kórházi ápolás.**

9. KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

9.1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselési tartama alatt bekövetkező, a II.9.2. pontban felsoroltak szerinti kritikus betegségben történő megbetegedése.

9.2. A kritikus betegségek definíciója

9.2.1. ***Rosszindulatú daganat (rákbetegség)***

Jelen feltételek szerint rosszindulatú daganatos betegségnek minősül bizonyos sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, mely a szövetek roncsolásához vezet, és amely elváltozás sebészeti kezelést, sugárkezelést és/vagy kemoterápiát tesz szükségessé, továbbá a betegség felismerését szövettani eredmény és szakorvosi vélemény igazolja. A környezetüket roncsoló daganattípusok mellett a leukémia, limfóma, szarkóma és Hodgkin-kór besorolású betegségek is szolgáltatási jogosultságot jelentenek.

Nem biztosítási esemény:

- Szövettanilag jóindulatú, pre-malignus, alacsony malignitási fokú daganat.
- A kiindulási sejt környezetére nem átterjedő (Tis vagy Ta) daganat.
- Azon prosztata daganatok, melyek Gleason szerinti szövettani besorolása nem haladja meg a 6-os értéket, vagy nem éri el a T2N0M0 osztályozási szintet.
- Nem melanóma típusú bőrdaganatok.
- Azon melanóma, mely mélységi kiterjedése nem haladja meg az 1 mm-t és T1aN0M0 osztályba sorolt.
- Azon pajzsmirigy daganatok, melyek átmérője nem nagyobb 2 cm-nél és T1N0M0 osztályba soroltak.
- HIV fertőzöttség mellett kialakult bármely daganatos betegség.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 1 hónap eltelte. Az I.12. pontban felsoroltakon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A betegség részletes leírása, a határozott diagnózist tartalmazó leletek, kórházi zárójelentések, amelyek igazolják a daganatos betegség rosszindulatúságát, továbbá a szövettani lelet, képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény, amely egyértelműen alátámasztja a diagnózist és a daganat környezetbe való terjedését.

9.2.2. ***Szövettanilag jóindulatú agydaganat***

Jelen feltételek szerint szövetileg jóindulatú agydaganatnak minősül az agyban elhelyezkedő olyan daganat, mely folyamatosan, legalább 6 hónapon át fennálló idegrendszeri zavart okoz, és melynek jelenlétét képalkotó eljárás (pl. CT, MR) igazolja.

Nem biztosítási esemény: Ciszta, granulóma, az agyi erek malformációja, hematoma, tályog, akusztikus neurinoma, az agyalapi mirigy és a gerinc daganatai.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a diagnózis felállításának legkorábbi időpontja.

Az I.12. pontban felsoroltakon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A betegség tényét igazoló részletes orvosi dokumentáció, beleértve a képalkotó eljárások eredményét és az idegrendszeri károsodást igazoló leleteket.

9.2.3. ***Szívizominfarktus***

Jelen feltételek szerint szívizominfarktusnak minősül a szívizom egy részének, a területet ellátó koszorúér betegsége miatt fellépő, a nem megfelelő vérellátás következtében kialakuló elhalása, melyet a friss szívizomelhalásra jellemző 2 klinikai kép, a laboratóriumi leletekben észlelt eltérések és típusos EKG kép igazol.

Nem biztosítási esemény: Az angina pectoris, egyéb akut koronária szindrómák, szívelégtelenség-, baleset-, szívizomgyulladás- és szívburokgyulladás kapcsán kialakult kórkép.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegség bekövetkeztének orvosilag megállapított időpontját követő 1 hónap eltelte.

Az I.12. pontban felsoroltakon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A betegség bekövetkezéséről és kezeléséről szóló teljes egészségügyi dokumentáció, amelyek tartalmazzák a klinikai kép leírását, az elvégzett laboratóriumi és egyéb diagnosztikus vizsgálatok, valamint az EKG görbe eredményét.

9.2.4. ***Agyi érkatasztrófa (stroke)***

Jelen feltételek szerint agyi érkatasztrófának minősül az agyszövet pusztulásához vezető olyan esemény – koponyaűri vérzés, agyi ér embóliája vagy trombózisa –, mely folyamatosan fennálló idegrendszeri működési zavart okoz és ennek fennállása objektív neurológiai szakvizsgálattal az esemény után legalább 3 hónappal is megállapítható. A diagnózist képalkotó vizsgálatnak kell alátámasztania, mely igazolja a friss eseményt.

Nem biztosítási esemény: A koponyatrauma okozta agysérülés, az átmeneti agyi keringészavar (TIA), a szem vérellátását biztosító erek elváltozása (ideértve a látóideg vagy retina érelváltozásait), az egyensúlyozó/vesztibuláris rendszert érintő keringési rendellenességek, továbbá a tünetmentesen lezajlott stroke, melyet kizárólag képalkotó eljárás fed fel.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a maradandó, idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 3 hónap eltelte.

Az I.12. pontban felsoroltakon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A betegség bekövetkeztét és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentáció, beleértve a képalkotó vizsgálat eredményét, valamint a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 3 hónappal készült, és az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket ír le.

9.2.5. ***Szív-koszorúérműtét***

Jelen feltételek szerint szív-koszorúérműtétnek minősül a mellkas megnyitásával járó olyan szívműtét, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt, egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának érgraft beültetésével történő áthidalása.

Nem biztosítási esemény: Az éren keresztüli behatolással, katéteres technikával végzett beavatkozás.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét időpontja. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított legalább 30 nappal túléli a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontját.

Az I.12. pontban felsoroltakon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A betegség tényét igazoló lelet, a műtét szükségességét igazoló kardiológiai szakvélemény és a szív-koszorúér műtét elvégzéséről szóló zárójelentés, műtéti leírás.

9.2.6. ***Szervátültetés***

Jelen feltételek szerint szervátültetésnek minősül az olyan műtéti beavatkozás, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó testébe más személy szervezetéből orvosi indokkal szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

Nem biztosítási esemény: Az őssejtnek, a hasnyálmirigy sziget-sejtjeinek és a szaruhártyának a beültetése.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét időpontja. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított legalább 30 nappal túléli a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontját.

Az I.12. pontban felsoroltakon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A műtét szükségességét igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó teljes egészségügyi dokumentáció.

9.2.7. ***Krónikus veseelégtelenség***

Jelen feltételek szerint krónikus veseelégtelenségnek minősül, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkent, hogy szakorvos által elrendelt és ellenőrzött tartós művesekezelés (dialízis) válik szükségessé.

Nem biztosítási esemény: Az a betegség, amely esetén a művesekezelésre időlegesen, hevenyen fellépő vesekárosodás miatt van szükség.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a rendszeres művesekezelés szükségességét megállapító szakorvosi vélemény kiállításának időpontja. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított legalább 30 nappal túléli a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontját.

Az I.12. pontban felsoroltakon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A betegség kialakulását és lefolyását feltáró vizsgálati eredmények, zárójelentések, és a rendszeres művesekezelés szükségességét leíró szakorvosi lelet.

9.3. Biztosítási szolgáltatás

A biztosító **a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényes aktuális biztosítási összeget fizeti ki, és ezzel a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik**.

A jelen kiegészítő biztosítás alapján **a biztosítási összeg csak egy alkalommal és egyszeresen kerülhet kifizetésre**.

A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény bejelentésére még a biztosított életében sor került.

10. GYERMEKEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

10.1. Biztosítási esemény

A gyermek biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bekövetkező

- halála, vagy
- baleseti eredetű
  - halála,
  - rokkantsága,
  - csonttörése, csontrepedése,
- műtéte.

10.2. Biztosítási szolgáltatás

10.2.1. ***Haláleseti szolgáltatás***

A biztosítási esemény bekövetkeztekor – melynek időpontja a halál napja – a biztosító **a biztosítási esemény időpontjában aktuális haláleseti biztosítási összeget fizeti ki.**

10.2.2. ***Baleseti haláleseti szolgáltatás***

A II.1.1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a II.10.2.1. pont szerinti szolgáltatási összegen felül a biztosítási esemény időpontjában **aktuális baleseti halálra szóló biztosítási összeget is kifizeti, de közlekedési baleseti többletszolgáltatás nem kerül kifizetésre.**

10.2.3. ***Baleseti rokkantsági szolgáltatás***

A II.2.1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási **esemény időpontjában aktuális baleseti rokkantságra szóló biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével azonos százalékát fizeti ki**.

10.2.4. ***Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés***

A II.6.1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási **esemény időpontjában aktuális baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítási összeget fizeti ki**.

10.2.5. ***Műtéti szolgáltatás***

A biztosító a II.7.1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában **aktuális műtéti térítési összeg és a műtét szolgáltatási kategóriájához rendelt szorzószám szorzatának megfelelő biztosítási összeget fizeti ki**.

Gyermekekre szóló kiegészítő biztosítási csomag, melynek díja 350 Ft/hó biztosítottanként	
Haláleseti biztosítási összeg	150 000 Ft
Baleseti halál esetére szóló biztosítási összeg	300 000 Ft
Baleseti eredetű rokkantság fokával arányos biztosítási összeg (egységenként maximum)	600 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítási összeg	5 000 Ft
Műtéti biztosítás minimális biztosítási összege	5 000 Ft

AD–01 Baleset- és egészségbiztosítás mellé választható biztosítási csomagok

STANDARD biztosítási csomag	
Baleseti halálra szóló alapbiztosítás	5 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halálra szóló	10 000 000 Ft
Kiegészítő biztosítások	
Baleseti rokkantságra szóló	4 000 000 Ft
Baleseti eredetű kórházi napi térítést nyújtó	5 000 Ft/nap
Baleseti műtéti térítést nyújtó	100 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés esetén térítést nyújtó	15 000 Ft
Baleseti eredetű égési sérülés esetén térítést nyújtó	60 000 Ft

LENDÜLET biztosítási csomag	
Baleseti halálra szóló alapbiztosítás	5 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halálra szóló	10 000 000 Ft
Kiegészítő biztosítások	
Baleseti rokkantságra szóló	5 000 000 Ft
Baleseti eredetű műtéti térítést nyújtó	50 000 Ft
Baleseti eredetű kórházi napi tértítést nyújtó	5 000 Ft/nap
Baleseti eredetű csonttörés esetén térítést nyújtó	15 000 Ft

FELELŐSSÉG biztosítási csomag	
Baleseti halálra szóló alapbiztosítás	5 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halálra szóló	10 000 000 Ft
Kiegészítő biztosítások	
Baleseti rokkantságra szóló	5 000 000 Ft
Műtéti térítést nyújtó	50 000 Ft
Kritikus betegségekre szóló	300 000 Ft
Kórházi napi térítést nyújtó	10 000 Ft/nap

NÍVÓ biztosítási csomag	
Baleseti halálra szóló alapbiztosítás	5 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halálra szóló	10 000 000 Ft
Kiegészítő biztosítások	
Baleseti rokkantságra szóló	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű műtéti térítést nyújtó	100 000 Ft
Kórházi napi térítést nyújtó	3 000 Ft/nap
Kritikus betegségekre szóló	800 000 Ft
Baleseti eredetű égési sérülés esetén térítést nyújtó	60 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés esetén térítést nyújtó	10 000 Ft

KOMFORT biztosítási csomag	
Baleseti halálra szóló alapbiztosítás	5 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halálra szóló	10 000 000 Ft
Kiegészítő biztosítások	
Baleseti rokkantságra szóló	5 000 000 Ft
Baleseti eredetű kórházi napi térítést nyújtó	2 500 Ft/nap
Műtéti térítést nyújtó	50 000 Ft
Kritikus betegségekre szóló	500 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés esetén térítést nyújtó	10 000 Ft

Melléklet

Példák műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

I. KIS MŰTÉTEK

- Szájsebészeti, de nem fogászati műtétek
- Erek kisebb műtétei, perifériás idegvarratok
- Kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéj varrata, idegentest műtéti eltávolítása szem felületes rétegeiből)
- Kisebb fül- és orrműtétek (pl. lágyrészelváltozás, dobhártyaműtétek)
- Mellüreg drenálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronhoszkóppal, bordarezekció
- Hasfali helyreállító műtétek, kisebb sérvműtétek
- Egyszerűbb ízületi vagy csontelváltozások műtétei végtagokon, ín- és szalagvarratok, artroszkópos műtétek, kisebb amputációk (kézujj, lábujj)
- Külső nemiszervek műtétei a nemi szervek megtartásával
- Kis területű égés műtéti kezelése (testfelület 6%-a alatt, III., IV. fokú), kisebb bőrátültetések, bőrplasztika

II. KÖZEPES MŰTÉTEK

- Agyállományt nem érintő koponyaelváltozások műtétei
- Izolált gerincelváltozások műtétei (pl. porckorong, egy csigolyára kiterjedő műtétek)
- Arccsont- vagy állkapocs részleges elváltozásainak műtétei, lágy és kemény szájpad helyreállító műtétei
- Közepes műtétek ereken, érpótlások, érátültetések, nagyobb idegvarratok
- Helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizmon végzett műtétek), szemlencse-eltávolítás, szemgolyó-eltávolítás
- Közepes fül-, orr- és gégeműtétek (pl. gégerezekció)
- Pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy műtétei
- Emlő részleges vagy teljes eltávolítása, mellüregi beavatkozások, rekeszizommműtétek, mellhártyakiirtás, tüdőlebeny-kiirtás
- Egyes hasüregi beavatkozások (máj, epe, hasnyálmirigy, vese, gyomor, bél elváltozásainak egyes műtétei, lépeltávolítás, veseeltávolítás, féregnyúlvány-eltávolítás – „vakbélműtét")
- Végtagon végzett csontműtétek (csavar-, velőűrszeg-, lemezbehelyezés, csonteltávolítás, csontpótlás)
- Ízületek közepes műtétei, kisebb protézisek beültetése, ínátültetések, részleges végtag-amputációk
- Kismedencei műtétek: nemi szervek nagyobb műtétei (pl. méheltávolítás, miómaeltávolítás, prosztataeltávolítás), hólyagműtétek, húgyvezeték műtétei)
- A testfelület 6-20%-át érintő, III., IV. fokú égések műtétei
- Vizeletinkontinenciát megszüntető műtétek (hüvelyplasztikai műtéteknél bonyolultabb beavatkozások)
- Laparoszkópos, illetve kisebb hasi beavatkozások petefészken, méhkürtön

III. NAGY MŰTÉTEK

- Agyállományt is érintő koponyaelváltozások műtétei, kiterjedt gerincelváltozások műtétei
  (pl. több csigolyát érintő műtétek, gerincvelő-elváltozások műtétei)
- Arccsont és állkapocs eltávolítása
- Nagyerek helyreállító műtétei, idegátültetés
- Nagy mellüregi beavatkozások (szívkoszorúér műtétei, egyéb zárt szívműtétek, féloldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása)
- Nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása)
- Nagy műtétek ízületeken (pl. csípőn, vállon), nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag-amputációk
- A testfelület 20-40%-át érintő III., IV. fokú égési sérülések műtétei
- Csontvelő-átültetés

IV. KIEMELT MŰTÉTEK

- Kiterjedt, agyállományt érintő elváltozások műtétei, kiterjedt gerincvelő műtétek
- Testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III., IV. fokú égési sérülések műtétei
- Nyitott szíven végzett műtétek pl. billentyűműtétek
- Nyelőcsőkiirtás, több hasi szerv együttes és teljes kiirtása
- Szervtranszplantáció (szív, szív-tüdő komplexum, máj, vese)

KIZÁRÁSOK

- **Fogászati műtétek, fog, foggyökér, granuloma és foggyökér körüli ciszta eltávolítása**
- **Mandulaműtétek**
- **Bőrvarratok és szövődményeik ellátása, sebek/hegek műtétet követő ellátása (seb-tisztítás, váladékelvezetés)**
- **Bőrfelszíni és bőr alatti szövetek elváltozásainak műtéti ellátása, kivéve melanoma malignum**
- **Punkciók, kanülök vagy katéterek diagnosztikus és terápiás célú alkalmazása**
- **Műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása**
- **Idegentest eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból**
- **I-II. fokú égések ellátása**
- **Diagnosztikus beavatkozások (invazív, non-invazív)**
- **Endoszkópos mintavétel**
- **Kozmetikai műtétek, plasztikai műtétek, kivéve, ha azok sérülés miatt válnak szükségessé**
- **Szüléssel és terhességgel kapcsolatos műtétek, terhességmegszakítás, meddőséggel, sterilizációval kapcsolatos műtétek**
- **Nemek megváltoztatását célzó műtétek**